

**Ходунки с подмышечными опорами** (по типу костылей) могут регулироваться по высоте и оснащены колесами с тормозом. Они отличаются двойной опорой (и подмышечной, и кистевой): при использовании такого средства масса тела распределяется на несколько точек, поэтому инсультный пациент тоже может ими пользоваться, но при условии, что за спиной его кто-то будет подстраховывать.

**Двухуровневые ходунки** предназначены не только для перемещения, но и для промежуточного отдыха. Кроме того, они обладают удобной нижней опорой, чтобы помочь сидящему человеку встать, и станут хорошими «помощниками» для пациентов с артрозом суставов и после перелома шейки бедра.

**Роллатор** – это прогулочная опора на колесах с ручным тормозом для передвижения по улице людей с нарушениями опорно-двигательной системы. К роллатору прикреплена продуктовая сетка, он оснащен сиденьем для отдыха и изогнутым мягким упором для поддержки спины.

**Поручни** – это «помощники», прикрепленные к стене или полу, которые выполняют четыре основные функции: «отталкивание» при вставании, «подтягивание», «стабилизация» при усаживании и обеспечение безопасности при переходе с места на место. К примеру, длинные поручни, установленные вблизи кровати, помогут инвалиду или пожилому человеку поворачиваться в постели, самостоятельно ложиться и вставать с нее. Упорные устройства значительно облегчат человеку посещение туалета и ванной: в одном случае за них можно держаться, чтобы сесть и встать, в другом — чтобы подтянуться и забраться.

Поручни можно расположить в разных сочетаниях (вертикальных, горизонтальных, угловых и осевых) по всей квартире: они дадут возможность ограниченно подвижному человеку самостоятельно перемещаться в пределах домашнего пространства.

**Олеся ГМЫРЯ,**  
специалист по лечебной физкультуре  
и реабилитации, тренер ЛФК.

## БОЛЬШИЕ НЕПРИЯТНОСТИ МАЛЕНЬКОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Аденома простаты*

***Аденома простаты, или, как теперь принято называть, доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), – одно из самых частых заболеваний у мужчин. После 60 лет им страдает каждый второй представитель сильного пола. Что такое аденома простаты и как она возникает? Можно ли избавиться от нее с помощью лекарств или же помочь может только хирургическое вмешательство? Для ответа на эти вопросы необходимо понять, что такое ДГПЖ и какие опасности таит в себе процесс увеличения размеров органа.***

Предстательная железа (простата, как принято ее называть) – исключительно мужской половой орган, входящий в состав репродуктивной системы. Будучи размером с горошину у новорожденного мальчика, она начинает расти лишь в период полового созревания под влиянием андрогенов (мужских половых гормонов) и формируется к 10-15 годам, достигая размера приблизительно 20-30 г к окончанию пубертатного периода.

Аденомой простаты называется доброкачественное увеличение предстательной железы в размерах. Механизм заболевания довольно простой: в предстательной железе чрезмерно разрастаются соединительная ткань и эпителий, что приводит к ее росту. Известны случаи ее увеличения до 500 г и более.

Чем же опасна гипертрофированно увеличенная железа? Ведь в рак она никогда не перерождается, метастазов не дает. Дело в том, что гипертрофированно увеличенная железа начинает со всех сторон сдавливать мочеиспускательный канал (уретру), который проходит через нее, нарушая и блокируя отток мочи. Это причиняет огромный дискомфорт ее обладателю.

Причины возникновения ДГПЖ до сих пор окончательно не установлены. Основная версия – снижение уровня тестостерона, которое происходит с возрастом, на что предстательная железа реагирует активным ростом. Играть роль и наследственная предрасположенность, а также различные заболевания – например, сахарный диабет и болезни сердца, а также лекарства, назначаемые при лечении этих заболеваний. Негативное влияние на простату оказывают и такие факторы, как малоподвижный образ жизни и лишний вес.

Главная неприятность, которую испытывают мужчины при возникновении аденомы, – проблемы с мочеиспусканием. Однако тут сразу стоит отметить, что не любая аденома может создавать подобные неудобства. Ведь порой дело даже не в размере опухоли, а в том, как она расположена. Возможны разные конфигурации аденомы, среди которых можно выделить два основных ее типа: первый – рост железы в направлении уретры и мочевого пузыря, второй – ее рост в сторону прямой кишки. Именно направление роста узлов гиперплазии порой имеет большее значение, чем их размеры. В частности, если аденома растет в сторону мочеиспускательного канала, его просвет постепенно сужается, а пропускная способность ухудшается. Слабая струя мочи, вынужденное напряжение мышц живота в момент опорожнения – основные проявления внутриуретрального вида ДГПЖ. При данной локализации опухоли для полного перекрытия просвета уретры достаточно даже небольшой аденомы. И наоборот, если аденома растет в сторону прямой кишки, клинических проявлений может не быть вовсе, а пациент порой даже не догадывается о своем заболевании.

Следующий характерный симптом аденомы – изменение частоты мочеиспускания. Рост железы в направлении мочевого пузыря приводит к чрезмерной активации его рецепторов. Частые и трудно сдерживаемые позывы то и дело нарушают ночной сон.

Самым грозным проявлением аденомы простаты является неполное опорожнение мочевого пузыря. В норме моча не должна оставаться в нем после мочеиспускания, или же ее

объем не должен превышать 40-50 мл. Это свидетельствует о нормальной работе детрузора – мышцы мочевого пузыря. Постоянное нарастание объема мочи приводит к тому, что детрузор растягивается и теряет способность к адекватному сокращению. В результате емкость мочевого пузыря увеличивается, стенки его истончаются, а количество остаточной в нем мочи может увеличиваться до литра и более. При этом возникают тяжесть в нижних отделах живота и постоянные позывы к мочеиспусканию малыми порциями. Подобное состояние называется хронической задержкой мочи. Вслед за нарушением работы мочевого пузыря расширяются мочеточники и собирательные системы почек: возникает риск почечной недостаточности. У 10-20 процентов больных ДГПЖ выявляют вторичные камни мочевого пузыря, образующиеся как следствие застоя мочи и возникновения факторов, способствующих выпадению в осадок солей и их кристаллизации.

Выделяют три стадии развития аденомы. Первая предполагает отсутствие мочи в мочевом пузыре после мочеиспускания, или же ее количество не превышает 40-50 мл. На этом этапе мочевой пузырь еще способен справляться с возрастающей компрессией мочеиспускательного канала. Вторая стадия демонстрирует процесс усталости детрузора и характеризуется нарастанием остаточной мочи, объем которой уже превышает 50 мл. Третья стадия предполагает невозможность самостоятельного мочеиспускания ввиду несостоятельности мышечных структур мочевого пузыря. В профессиональном сообществе это называют стадией парадоксальной ишурии (ишурия от греческого *ischo* – задерживаю и *ouron* – моча). Парадокс заключается в невозможности осуществить акт мочеиспускания при одновременном недержании мочи. Это обусловлено перерастяжением сфинктеров уретры за счет скопления сверхбольшого количества мочи в мочевом пузыре.

Те или иные нарушения мочеиспускания – звоночек для того, чтобы обратиться к урологу. Врач проведет пальцевое ректальное обследование, чтобы оценить размеры железы и особенности ее увеличения. Пациенту будет предложено

заполнить несколько специальных анкет, позволяющих выявить основные жалобы. Далее проводятся диагностические мероприятия: УЗИ почек, мочевого пузыря и простаты с обязательной оценкой количества остаточной мочи. Также обычно назначают урофлоуметрию – исследование акта мочеиспускания, оценивающее скорость потока мочи и ее объем, выделяемый за один раз, что дает возможность определить степень сужения мочеиспускательного канала и потенциальные резервы мочевых путей. Максимальная скорость мочеиспускания более 15 мл/сек. признана нормой, при этом средняя должна быть не ниже 7-8 мл/сек. При подобных параметрах просвет мочеиспускательного канала достаточно проходим, и риска задержки мочи практически нет.

Обязательным является тест на уровень содержания в крови простат специфического антигена (ПСА) – онкологического маркера и белка, синтезируемого тканью предстательной железы. Этот тест является ценным для выявления рака предстательной железы. Необходимость данного исследования обусловлена несколькими факторами: во-первых, рак предстательной железы занимает лидирующие позиции в рейтинге самых распространенных онкологических заболеваний у мужчин, а во-вторых, клинические проявления аденомы и рака простаты могут быть весьма похожи. Анализ крови на ПСА является обязательным ежегодным исследованием для мужчин старше 50 лет. При наличии в семейном анамнезе больных раком простаты тест рекомендуют проходить, начиная с 45-летнего возраста. У взрослых мужчин уровень ПСА сыворотки крови должен быть не более 4 нг/мл, превышение данного показателя интерпретируется как подозрение на злокачественное образование.

В дополнение возможен инструментальный осмотр мочеиспускательного канала и мочевого пузыря – уретроцистоскопия. Это исследование позволяет окончательно исключить иные, кроме аденомы, препятствия для мочеиспускания в просвете уретры и шейки мочевого пузыря (опухоли, сужения, камни). Тем не менее исследование является инвазивным, и его применение на этапе диагностики должно

быть строго обоснованным. Оно может выполняться как амбулаторно, так и в условиях стационара под местной и иными видами анестезии.

На основании результатов обследования врач определяет тактику лечения ДГПЖ. Если речь идет о медикаментозном варианте, то условно препараты для борьбы с аденомой можно разделить на три группы:

- Альфа-адреноблокаторы (**профлосин, омник, тамсулозин, доксазозин**) – блокада одноименных рецепторов позволяет облегчить неприятные симптомы и снизить частоту ночного мочеиспускания.

- Ингибиторы 5-альфа-редуктазы (**финастерид, проскар, аводарт**) – позволяют остановить рост гиперплазии.

- Препараты растительного происхождения (**пермиксон, простамол уно**).

Облегчить симптомы порой могут и различные мероприятия, направленные на усиление скорости венозного оттока от органов малого таза. Ходьба, плавание, налаживание ритма половой жизни, похудение, отказ от острой и соленой пищи и прием некоторых растительных диуретиков уменьшают отек предстательной железы, что способствует улучшению качества мочеиспускания.

Что касается стадии, при которой аденома подлежит хирургическому лечению, тут все зависит от индивидуальных, субъективных ощущений пациента. Если аденома сопровождается тягостными нарушениями мочеиспускания, причиняет большой дискомфорт и не поддается консервативной терапии, то это можно рассматривать как показание к оперативному лечению. Как правило, это относится ко 2-3-й стадии заболевания. Дополнительным показанием к хирургическому вмешательству могут являться большие размеры железы (более 100 г) и вторичные камни мочевого пузыря.

Хирургическое лечение ДГПЖ сегодня очень разнообразно. Эндоскопические, лапароскопические и роботассистированные операции позволили практически полностью отказаться от травматичных открытых вмешательств. Зачастую методику операции определяют по принципу наличия той или

иной аппаратуры в учреждении, а также владения хирургом той или иной оперативной техникой. Тем не менее в основе любого вида вмешательства лежит принцип полного удаления аденомы за одну операцию. Лазерная эндоскопическая энуклеация аденомы – один из наиболее популярных на сегодняшний день методов оперативного решения проблемы ДГПЖ. Для выполнения операции используют гольмиевый и (или) тулиеый лазеры. Методика позволяет энуклеировать (извлечь, вылущить, как мясо из ракушки) аденому целиком и, сместив ее в мочевого пузырь, измельчить и эвакуировать при помощи специальных устройств. Подобная техника экономит время операции, позволяет существенно снизить риски кровотечений и иных осложнений, а также предотвратить рецидив заболевания за счет полного удаления аденоматозной ткани. Операция выполняется под щадящей спинномозговой анестезией, доступ осуществляется по естественным путям, без разрезов и проколов, что позволяет удалить аденому практически любых размеров. При этом к положительным моментам можно отнести отсутствие необходимости в применении сильных обезболивающих препаратов после операции, короткий стационарный период, практически полное отсутствие периода реабилитации и сравнительную дешевизну. Продолжительность оперативного вмешательства при любых железах любого размера, как правило, не превышает 1-1,5 часа, длительность нахождения катетера в мочевом пузыре снизилась до суток, а срок пребывания в стационаре – в среднем до 3 дней. Гольмиевая и тулиеая лазерная энуклеация позволили вывести хирургию ДГПЖ на иной, более эффективный и безопасный уровень. Методики активно используются в ведущих урологических центрах страны и введены в программу государственных гарантий.

**Михаил ЕНИКЕЕВ, заведующий вторым урологическим отделением Клиники урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессор, доктор медицинских наук.**

## **МОЗГ: МЫШЦА, КОТОРУЮ НУЖНО ТРЕНИРОВАТЬ**

*Память*

***Вряд ли кто-нибудь станет спорить, что познавательные способности, такие как память, внимание, управление эмоциями, мышление, чрезвычайно важны. Но есть и другая сторона медали: мозг, если его не тренировать, становится ленивым и капризным. Особенно с возрастом, когда он все чаще начинает нас подводить.***

Ученые считают, что нетренированный мозг начинает стареть уже после 20 лет. Поначалу это не очень заметно, а со временем мы начинаем удивляться: «Странно, то одно забыла, то другое, а тут вообще не поняла, о чем речь...» С годами познавательные функции мозга начинают сдавать еще больше, и все это отражается на самооценке человека, его общении, да и вообще на качестве жизни.

### **Как наш мозг меняется с годами?**

Кратковременная память людей пожилого возраста со временем заполняется, как книжная полка. И чтобы поставить туда одну новую книгу, нужно убрать одну старую. В связи с этим возникают проблемы: «Вот хотела же перед выходом на улицу взять телефон! А отвлеклась на внука и забыла! Хоть домой возвращайся».

Долговременная же память в преклонном возрасте (если у человека нет особых нарушений) работает неплохо: многие пожилые люди отчетливо помнят события детства, юности, содержание прочитанных книг. Не хуже, чем в молодости. Но этого все-таки недостаточно. Ведь чтобы запомнить что-то новое, из уже сегодняшней жизни, должна хорошо работать кратковременная память: то есть воспринять, осознать, за-